

Oficialización de la “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”

Nº 35262-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y LA MINISTRA DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 1, 2, 3 y 9 de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973, "Ley General de Salud"; 2 inciso c) de la Ley N° 5412 de 8 de noviembre de 1973, "Ley Orgánica del Ministerio de Salud"; 28 párrafo segundo de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 "Ley General de la Administración Pública".

Considerando:

1º-Que la Ley General de Salud dispone en el artículo 1º que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2º-Que al amparo de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley General de Salud, es competencia del Ministerio de Salud preocuparse porque los establecimientos de atención en salud reúnan óptimas condiciones para su funcionamiento.

3º-Que es responsabilidad del ente rector en salud, la promoción y garantía de los principios de universalidad, solidaridad y calidad con equidad que se operativizan en este nuevo modelo de atención integral prenatal.

4º-Que en su mayoría los factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal; muchos son prevenibles o

modificables por medio de la supresión del riesgo o por acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas que favorecerán resultados deseables en la salud materno-infantil.

5º-Que en vista de que la organización de los servicios de salud y la distribución de recurso humano está basada según niveles de complejidad, la atención del embarazo de bajo riesgo obstétrico debe ser llevada en el primer nivel de atención.

6º-Que por lo anterior se hace necesario y oportuno dictar una norma que sea para el médico y la enfermera materno-infantil, una guía clínica sustentada en evidencia, con el objetivo de otorgar recomendaciones para la atención prenatal y la identificación, tratamiento y criterios de referencia a otros niveles de atención ante complicaciones del embarazo. **Por tanto,**

DECRETAN:

Oficialización de la "Norma Oficial Atención

Integral a la Mujer durante el Embarazo

de Bajo Riesgo Obstétrico"

Artículo 1º-Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la **"Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico"** según legajo anexo al presente Decreto.

[Ficha articulo](#)

Artículo 2º-El Ministerio de Salud velará por la correcta aplicación de la presente Norma.

[Ficha articulo](#)

Artículo 3º-Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.-San José, a los trece días del mes de febrero del dos mil nueve.

[Ficha articulo](#)

NORMA OFICIAL ATENCIÓN INTEGRAL A LA

MUJER DURANTE EL EMBARAZO

DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

1. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Propósito

Promover una atención integral a la mujer y la familia gestante durante el embarazo, mediante un servicio de cuidados maternos de calidad con equidad y calidez, para prevenir la morbi-mortalidad materno perinatal, y contribuir a mejorar el desarrollo de familia saludable.

Objetivos

1)- Detectar, referir y captar oportunamente para el control prenatal, a las mujeres embarazadas desde el primer trimestre de la gestación, sin discriminación y con respeto a la diversidad.

2)- Atender de manera oportuna y controlar periódicamente a las mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico, para verificar el normal desarrollo del embarazo y vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.

3)- Aplicar el Enfoque de Riesgo para realizar una valoración integral de los determinantes de la salud: biológicos, económicos, ambientales, y de conciencia-conducta de la mujer embarazada, su familia y su entorno, y clasificar el riesgo, con el fin de brindar una atención diferenciada y referir al nivel correspondiente, los casos de alto riesgo obstétrico.

4)- Brindar educación para la salud a la embarazada y su familia para mejorar el auto-cuidado y promover el ejercicio de estilos de vida saludables, mediante la intervención de todos los miembros del equipo de salud.

5)- Fortalecer los derechos sexuales reproductivos de las mujeres y los hombres en la construcción de sus prácticas de maternidad y paternidad.

6)- Promover la participación de la familia gestante durante el embarazo, parto y posparto, de tal manera que se prepare física y psíquicamente para el nacimiento e integración del nuevo miembro.

2. JUSTIFICACIÓN

Las normas son una herramienta esencial para la programación de la atención, la organización de los servicios, la docencia en servicio, la formación de recursos humanos en salud, educación para la salud, así como de utilidad básica para la evaluación de la cobertura, el acceso y la calidad de la atención prenatal, pues constituyen la base para definir los estándares de evaluación de calidad de la atención.

Toda norma de atención en salud debe actualizarse periódicamente por las siguientes razones:

1. Para responder a las necesidades cambiantes de salud de la población, demostrables por medio de las estadísticas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal e infantil (perfil epidemiológico).

2. Para adaptarse a los nuevos conocimientos y tecnologías que constantemente surgen en el campo científico, y que se hacen patentes por medio de la evidencia científica.

3. Para integrar a las nuevas disciplinas que vienen a formar parte del equipo de salud.

En Costa Rica existe una amplia legislación dirigida a proteger los derechos de las mujeres, de sus hijos y familias, lo que obligan a los servicios de Salud a cumplir con las estrategias suscritas a través de los Convenios Internacionales y Nacionales. Y, el proceso de normatización de la atención brindada a las embarazadas data de muchos años, demostrando con ello el interés que el estado tiene en el binomio madre niño. (Anexo 1)

El cumplimiento de la norma permite que la atención prenatal que se brinda en todo el territorio nacional sea equitativa y sin discriminación alguna.

Base legal

En Costa Rica existe un amplio marco legal de protección a los derechos de las madres, los niños y las niñas y familias, lo cual se evidencia en artículo 51 y 55 de la Constitución Política, en que se destaca la familia como elemento natural y fundamenta de la sociedad. Igualmente aparecen el niño y la niña con derecho a la protección especial por parte del Estado.

Por su parte, el Código de Niñez y Adolescencia, al definir niñez desde la concepción, otorga el derecho a la mujer embarazada de recibir atención en salud, sin discriminación alguna, para salvaguardar la sobre vida del fruto de su concepción.

Nuestra Ley General de Salud, en su artículo 12 destaca los derechos de la madre gestante al control prenatal, a la información, a recibir alimentación complementaria, para sí y para su hijo, en el período de lactancia.

También, Costa Rica ha asumido compromisos internacionales relacionados con la salud de la mujer y los niños, en los que se destaca la maternidad segura. La Conferencia Internacional sobre Población de Desarrollo en el Cairo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que proponen metas para mejorar la salud de las mujeres y reducir la mortalidad materna.

A nivel nacional se han dado esfuerzos y se han establecido alianzas interinstitucionales para el logro de una maternidad e infancia saludable y segura, y así quedó ratificado, en abril del 2005, cuando un grupo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así lo suscribieron.

Por su parte, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica ha publicado el Reglamento del Ejercicio de la Enfermería Obstétrica, donde se destaca el compromiso de esta profesión con una atención en salud, de calidad y equidad, a las mujeres de este país.

Por otro lado, el Ministerio de Salud, como ente rector y la CCSS como prestador universal de los servicios de salud el país, han firmado convenios para cumplir con el principio de universalidad, solidaridad y equidad en la atención de la salud al grupo materno infantil

Tres decretos son de suma importancia en la atención a la salud de madres y niños, estos son: Decreto Ejecutivo N° 26932-S de 14 de abril de 1998, publicado en *La Gaceta* N° 98 de 22 de mayo de 1998, (Reglamento de Creación del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil) y Decreto Ejecutivo N° 28147-S y publicado en *La Gaceta* N° 205 del 22 de octubre de 1999. "Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna".

Es de destacar los indicadores de salud materno infantil alcanzados en el país. A pesar del descenso significativo de la tasa de natalidad que ha venido ocurriendo en los últimos años, la tasa de mortalidad materna no ha tenido grandes variaciones, y para el 2005, alcanzó la cifra de 4.05 por diez mil nacidos vivos. Concentrándose estas muertes en las edades maternas de 19 a 40 años. La mayoría de estas muertes ocurren a nivel hospitalario (79 %).

Entre las primeras causas de mortalidad materna, para ese mismo año aparecen las hemorragias, la pre-eclampsia, las septicemias. Todas ellas prevenibles.

El reto pendiente es el de disminuir la cifra de muertes maternas por causas prevenibles, que actualmente están en 52 %, y mucho de ello se puede lograr cumpliendo las normas de atención prenatal con criterios de calidad aquí explicitadas.

3. MARCO CONCEPTUAL

La gestación es un proceso fisiológico que conlleva a transformaciones tanto biológicas como emocionales y sociales de la mujer embarazada y su familia, sin embargo, a pesar de tratarse de un fenómeno natural durante este periodo pueden surgir condiciones que ponen en riesgo la salud de mujer y del feto.

Debido a los cambios fisiológicos que presenta la madre durante el embarazo, puede ponerse de relieve las alteraciones de un órgano o sistema dado, que hasta el momento habían pasado inadvertidos, por ello es importante conocer los cambios normales que se experimentan durante la gestación, para poder reconocer precozmente las condiciones patológicas.

El embarazo no es un asunto exclusivo de la mujer, es un proceso que afecta a toda la familia, como sistema abierto, de allí que Olds define el concepto de **familia gestante** como: "Unidad básica de la sociedad, unión de personas vinculadas por parentesco legal, o biológico, o afectivo que llena necesidades diversas en el ser humano, para un desarrollo integral durante el transcurso de una gestación, en uno de sus miembros".

La atención prenatal para efecto de este documento, se define como un conjunto de intervenciones, incluyendo la identificación de las condiciones de riesgo materna y fetal, que realizan los servicios de salud, a las mujeres embarazadas, su pareja y su familia gestante, con el fin de promover la salud integral de todos sus miembros.

Cuando se habla de atención prenatal de calidad debe cumplir con los siguientes criterios:

1. **Acceso universal:** Que no existan barreras económicas, étnicas, geográficas,

económicas, de aseguramiento, culturales, o de otro tipo que impidan el derecho a recibir la atención prenatal.

2. **Amplia cobertura:** Que se provea a los servicios de salud con los recursos necesario para atender a todas las embarazadas esperadas, en el área de atracción sin discriminación alguna.

3. **Oportuna:** Que la atención prenatal se reciba lo más temprano posible, antes de las 12 semanas de gestación, o sea en el primer trimestre.

4. **Continua:** Que la atención prenatal se brinde sin interrupción, con citas de control periódico de acuerdo al nivel de riesgo.

5. **Integral:** Que se considere al ser humano como ente bio-psico-social en constante interacción con su ambiente.

6. **Con Enfoque de Riesgo:** Debe considerar la identificación de factores de riesgo individuales, familiares y comunales para una adecuada clasificación derivación al nivel correspondiente.

7. **Segura:** Basada en conocimientos y evidencia científica.

8. **Humanizada:** Con respeto a la individualidad y a los derechos humanos, con calidez, que permita la presencia de un acompañante elegido por la embarazada.

La atención prenatal de calidad implica un enfoque bioético, psico-afectivo y parte del reconocimiento de la igualdad de derechos entre los hombres y las mujeres y su corresponsabilidad para cuidar de su salud sexual y reproductiva y la de sus hijos.

4. PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Diagnóstico situacional y fuente de datos.

Todos los establecimientos de salud públicos deben de contar, dentro de sus Análisis de Situación en Salud (**ASIS**), con los datos demográficos sobre la población blanco de su área de atracción del año anterior, los cuales deben incluir:

Ø Población total de ambos sexos.

Ø Población femenina en edad fértil de 10 a 49 años, por grupos de edad quinquenales, partiendo desde los 10 años.

Ø Población femenina en menores de 15 años en edades simples (denuncia obligatoria).

Ø Población embarazada esperada: mujeres adolescentes y mujeres adultas.

Ø Tasa de fecundidad, en el último año.

Ø Tasa de natalidad, en el último año.

Ø Tasa de mortalidad materna, en el último año.

Ø Tasa de mortalidad infantil, en el último año.

Ø Porcentaje de abortos en el último año.

Ø Cinco primeras causas de morbi-mortalidad materna-perinatal local.

Ø Cobertura de control prenatal con criterios de calidad local.

Ø Cobertura del Programa de Planificación Familiar local.

Ø Hospital de referencia (periférico, regional y nacional).

Ø Número e integrantes por disciplina de las Comisiones Hospitalarias de Mortalidad Materno-Infantil (CHAMMIN).

Ø Número e integrantes por disciplina de las Comisiones Locales de Mortalidad Infantil (COLAMI).

Fuente de datos

Muchos de estos datos pueden ser obtenidos de:

Los informes anuales de análisis de mortalidad materno-infantil.

Los resultados de las evaluaciones del primer nivel de atención.

Los informes de Habilitación y Acreditación realizados a nivel regional.

Los informes de cumplimiento de los compromisos de gestión entre otros.

5. PROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Población blanco

La atención prenatal esta dirigida a toda mujer embarazada independientemente de su edad, etnia, nacionalidad, religión, estatus migratorio y tipo de aseguramiento, abarca también a las embarazadas privadas de libertad.

Detección de las embarazadas

La búsqueda activa que se realice para detectar a las mujeres embarazadas depende del escenario donde se ubique el consultorio prenatal: escenario laboral, escenario educativo, escenario carcelario, o escenario familiar, y es responsabilidad de cualquiera de los miembros del equipo de salud y actores voluntarios de la comunidad capacitados.

Cobertura

La meta de cobertura es el 100% de la población de mujeres embarazadas esperadas en el año, en el área de atracción.

Fórmula de cálculo: Total de mujeres embarazadas atendidas de primera vez

Total de embarazadas esperadas en el área atracción

Concentración

Toda mujer embarazada de bajo riesgo obstétrico debe contar con un mínimo de

cinco controles prenatales durante todo su embarazo. Tomando como primera consulta prenatal la visita que se realiza a consulta de medicina general donde se confirma el embarazo. (Existe evidencia de que son suficientes cuatro consultas como mínimo - **B**).

Rendimiento

El rendimiento es definido como el número de usuarias atendidas por hora profesional. El número de usuarias atendidas por hora, depende de si es un caso nuevo, o subsiguiente, o bien de la complejidad de un caso en particular, atendiendo siempre la cuota asignada.

6. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Modalidades

La atención prenatal puede organizarse en dos modalidades:

Atención Individual por medio de la consulta prenatal.

Atención Grupal a través de las clínicas prenatales.

Horarios

Los horarios de la atención prenatal deben ser en lo posible, abiertos en diferentes turnos: matutinos y vespertinos, de manera que favorezcan la concurrencia del mayor número de embarazadas y sus parejas.

Está demostrado que a mayor número de horas dedicadas a la atención de las embarazadas, más elevada es la demanda y por ende la cobertura, y se reducen los tiempos de espera de las citas de control y seguimiento.

Las mujeres embarazadas que se presenten sin cita no deben ser rechazadas. Aún cuando no existiera alguna urgencia, se debe aprovechar su visita para iniciar algún tipo de intervención, tal como: entregar orden para exámenes de laboratorio de rutina, brindar educación para la salud, propiciar la discusión libre y la expresión de dudas e inquietudes de la embarazada y su acompañante, para la identificación de las necesidades bio-psico-social (anexo 2) según trimestre de embarazo y programación de la cita según enfoque de riesgo.

En el primer contacto con la mujer embarazada la orientación individual debe ir dirigida a explicar los horarios de atención y entregar la cita, con el fin de evitar oportunidades perdidas.

Recurso humano

El equipo que interviene en todo el proceso de atención prenatal, está conformado por personal de Registros de Salud (REDES), Asistente de Atención Primaria (ATAP), Auxiliar de Enfermería (AE), ubicados en el sector de salud.

La (el) Enfermera(o) General, Trabajador(a) Social, Odontólogo(a), Microbiólogo(a), Farmacéutico(a), Nutricionista y Psicólogo(a) Clínico ubicados en el área de salud, son los llamados a atender las ínter consultas de los Equipos Básicos de Salud (EBAIS).

Se requiere además, del apoyo de la recepcionista, el guarda y el misceláneo, debidamente capacitados, ya que son la puerta de entrada al servicio de salud.

El personal responsable de atender la consulta prenatal debe ser altamente calificado a nivel universitario, y acreditado por los colegios profesionales respectivos.

Las evaluaciones e intervenciones del control prenatal de bajo riesgo deben ser realizadas por personal médico y de enfermería especializado en obstetricia.

Los profesionales en medicina general y de enfermería obstétrica de atención primaria son los responsables de la atención de las embarazadas de bajo riesgo obstétrico. (Los eventos adversos se reducen si los controles prenatales son realizados por la enfermería obstétrica y médico-a general - **A**)

Para asegurar a las mujeres gestantes una atención de calidad con equidad, el profesional de enfermería obstétrica debe participar en la atención de la consulta prenatal de bajo riesgo obstétrico brindada en el primer nivel de atención.

El médico gineco-obstetra participa como recurso para atender mujeres embarazadas clasificadas de alto riesgo, así como las emergencias obstétricas que le son referidas. (Deben ofrecerse modelos de atención de enfermeras y médicos generales para las mujeres con embarazos de bajo riesgo, la intervención de rutina de los gineco-obstetras en estos casos, parece no mejorar los resultados peri natales - **A**)

Planta física

El área física donde se ubican los servicios de atención prenatal deben estar preferiblemente en planta baja, ser de fácil acceso, con adecuada ventilación y con iluminación natural o en su defecto iluminación artificial. Deben tener acceso a servicio

sanitario cercano y disponibilidad de salas equipadas para educación en salud.

Los consultorios donde se lleva a cabo la consulta prenatal deben poseer lavatorio debidamente equipado con dispensador de jabón líquido, toallas de papel, y basurero con tapa, con el fin de asegurar la aplicación de la técnica aséptica médica.

Recurso material, mobiliario y equipos

Sala recepción:

§ Sillas o bancas para las usuarias y acompañantes.

§ Equipo, material audiovisual y bibliográfico relacionado con el embarazo.

§ Basureros.

Sala pre-consulta:

§ Sillas para profesional, usuaria y acompañante

§ Balanza de adulto

§ Tallímetro

§ Esfingomanómetro

§ Estetoscopio

§ Alcohol de 70 grados

§ Torundas de algodón

§ Lapiceros

§ Historia clínica

§ Almanaque

§ Reloj de pared con segundero

§ Material educativo impreso

§ Basurero con tapa

§ Bolsas de color rojo para desechos peligrosos

Sala de consulta

Los consultorios de consulta prenatal deben estar equipados con:

§ Lavamanos

§ Dispensador de jabón.

§ Toallas de papel.

§ Basurero con tapa rotulados por tipo de desechos

§ Sillas

§ Banco giratorio

§ Escritorio

§ Gestograma

§ Cinta métrica

§ Fetoscopio o doppler

§ Estetoscopio

- § Esfigmomanómetro
- § Camilla ginecológica con hojas de papel descartable
- § Gradilla o escalerilla
- § Lámpara de cuello de ganso
- § Biombo o cortina
- § Espéculos de diferentes tamaños
- § Guantes desechables de diferentes tamaños
- § Set de toma de Papanicolau (PAP)
- § Pinza de anillo
- § Torundas de gasa
- § Aplicadores limpios y estériles.
- § Espátulas limpias y estériles
- § Algodón en torundas
- § Gel lubricante
- § Alcohol de 70 grados

§ Balde para descartar equipos usados

§ Historia clínica completa y hojas de seguimiento, carné perinatal

§ Órdenes de laboratorio y gabinete

§ Recetarios

§ Órdenes de referencia

§ Lapiceros

§ Almanaque

§ Reloj de pared con segundero

§ Equipo diagnóstico.

§ Basurero con tapa

§ Bolsa roja para desechos peligrosos

Sala de pos-consulta

§ Termos para vacunas

§ Vacuna TD

§ Algodón y alcohol

§ Frasco descartar agujas usadas

§ Sillas

§ Escritorio

§ Sellos de la institución

§ Lapiceros

§ Cuaderno de citas o tarjeteros

§ Material educativo impreso

§ Basurero con tapa

Documentación y papelería

Observación:

La historia clínica que actualmente se utiliza para registrar la información del control prenatal es la diseñada por el CLAP, la cual se considera patocéntrica, por lo que su uso va a ser transitorio, hasta que se diseñe una historia integral que incluya datos de las cuatro determinantes de la salud: biológica, económica, ecológica, conciencia y conducta.

§ Normas de atención prenatal

§ Normas de toma de Citología vaginal

§ Normas de inmunizaciones

§ Flujo de atención en el proceso de la gestación (anexo No. 3)

§ Flujos de referencia y contra-referencia.

§ Mapeo de las instituciones según capacidad resolutive en la región.

§ Legislación: decreto del ejercicio de la enfermería obstétrica, decretos de Mortalidad Infantil, Mortalidad Materna y de autopsias.

§ Listado de factores de riesgo.

§ Historia clínica perinatal y hojas de gráficos complementarios (anexo N° 4)

§ Hojas de referencia y contrarreferencia.

§ Carné perinatal.

Consulta Prenatal

Tipo de caso:

En la consulta prenatal se dan dos tipos de casos: caso nuevo y caso subsiguiente. Cada uno de ellos lleva trámites diferentes.

-

Inscripción caso nuevo

El personal de REDES es el responsable de abrir el expediente clínico de los casos nuevos, tomando los datos consignados en la cédula o documento de identificación que presente la usuaria que se inscribe en la consulta prenatal.

Caso subsiguiente

El personal de REDES es el responsable de actualizar y corroborar los datos de identificación y de anexar la historia clínica perinatal al expediente clínico de la usuaria que asiste a consulta prenatal.

Pre-consulta

La auxiliar de enfermería es la encargada de realizar la pre-consulta cumpliendo con las siguientes actividades:

Iniciar el llenado de la historia clínica perinatal anotando los siguientes datos:

- Ø Código del establecimiento
- Ø Nombre completo de la usuaria
- Ø Número de cédula o identificación
- Ø Domicilio
- Ø Teléfono
- Ø Edad
- Ø Escolaridad
- Ø Ocupación de la embarazada
- Ø Ocupación de la pareja

- Ø Condición económica de la familia (Índice de necesidades básicas-INB)

- Ø Condición de la vivienda

- Ø Servicios públicos

- Ø Medir y registrar la talla en cms.

- Ø Anotar peso de las mujeres previo al embarazo

- Ø Registrar el peso de la embarazada en cada consulta y en kilos

- Ø Tomar y registrar la presión arterial en cada consulta

- Ø Tomar y registrar la temperatura axilar en caso necesario

- Ø Educar y orientar a la embarazada de acuerdo a su edad gestacional y a sus necesidades particulares.

- Ø Preparar la documentación y material para la toma del PAP, en caso necesario

- Ø Anotar tanto en el expediente de salud como en el carné perinatal, los datos recolectados.

- Ø Pasar los expedientes al consultorio, priorizando el cupo según necesidades particulares de la usuaria.

Primera Consulta Prenatal (12 semanas)

En la primera visita al establecimiento de salud, las personas proveedoras de los servicios de atención en salud deben clasificar y seleccionar a las mujeres con sospecha de embarazo de aquellas que tienen embarazo confirmado (Anexo 15).

La actitud del equipo de salud será la de propiciar que la embarazada y su acompañante se sientan bienvenidos, de manera que se cumpla a la atención prenatal con calidad y equidad, a la que tienen derecho todas las parejas, sin distinción alguna.

Los proveedores de los servicios de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente deben considerar las necesidades diferenciadas del grupo de mujeres atendidas, tales como: las embarazadas con discapacidad, embarazadas indígenas, embarazadas analfabetas, embarazadas inmigrantes, embarazadas privadas de libertad, embarazadas adolescentes, embarazadas no aseguradas y otras.

Atención a las mujeres con sospecha de embarazo

Por considerarse indispensable en el logro de las metas de reducción de la mortalidad materno, perinatal e infantil se debe garantizar la atención universal de las mujeres gestantes, niños y niñas menores de un año en los servicios del país, por lo que se declara de interés público nacional dar prioridad de atención a toda mujer embarazada o con sospecha de embarazo y a los menores de un año en todos los servicios de salud, independientemente de su condición de asegurado.

(Así adicionado el párrafo anterior por el artículo 1° del decreto ejecutivo N° 39740 del 17 de febrero del 2016)

A la mujer que acuden a la consulta general, **con sospecha de embarazo (anexo 14)**, se interroga, se examina y se dan indicaciones sobre:

- Ø La fecha de la última regla (FUR)

- Ø Regularidad del ciclo menstrual

- Ø Vida sexual activa

- Ø El uso de métodos anticonceptivos

- Ø La presencia de signos y síntomas presuntivos o sugestivos de embarazo.

- Ø Se practica examen ginecológico

- Ø Se evalúa tamaño uterino en relación a FUR (anexo No. 5)

- Ø Se interroga sobre su peso corporal usual y sus hábitos alimentarios.

- Ø Se investiga factores de riesgo y se clasifica su estado de riesgo.

- Ø Se indica suplementación con hierro y ácido fólico de rutina.

- Ø Se indican los exámenes de laboratorio y gabinete.

En relación a la indicación última, a las mujeres que acuden a la consulta general con sospecha de embarazo se les indica la prueba de embarazo disponible en el establecimiento de salud.

Los establecimientos con acceso a laboratorio químico-clínico para realizar la prueba de embarazo, deben facilitar un espacio para que se le realice la prueba el mismo día.

Los establecimientos que no tienen acceso expedito al laboratorio químico-clínico, deben negociar con el laboratorio de referencia espacios para realizar la prueba de embarazo en el menor tiempo posible, de las usuarias referidas.

El laboratorio químico-clínico debe enviar los **resultados positivos** de las pruebas de embarazo, lo antes posible, al profesional que los indicó.

Atención a las usuarias con embarazo confirmado

A la usuaria con embarazo confirmado se le inicia el control prenatal. Llenando la historia clínica y transcribiendo la información al carné perinatal (Anexo 4).

Se realizan los cálculos para edad gestacional y fecha probable de parto (FPP), utilizando gestograma o en su defecto, utilizar la siguiente fórmula:

Regla de Wahl: al primer día de la última menstruación se le agregan diez días y se retroceden tres meses. (Obstetricia de Schwarcz, 2004)

Se procede a realizar el examen físico completo y una revisión cuidadosa por sistemas, enfatizando en el examen ginecológico, obstétrico y de glándulas mamarias.

Las usuarias que presentan sangrados vaginales en el primer trimestre deben ser referidas al nivel superior para ser valoradas por el medico gineco-obstetra.

(*)Laboratorio en embarazo confirmado:

A la usuaria con embarazo confirmado, el profesional encargado de la consulta le

entrega y explica las órdenes de laboratorio, de rutina en el control prenatal, y previo de consentimiento informado:

1. Hb y Hto
2. Grupo Rh (si no está registrado en el expediente de salud)
3. VDRL
4. Examen general de orina
5. Tamizaje de glucosa en sangre con glucómetro stat
6. Glucemia por - carga
7. VIH-SIDA
8. Realizar a toda mujer ultrasonido entre la semana 11 y 12 de embarazo.
9. Tamizaje por Hepatitis B

()(Así reformado el apartado anterior por el artículo 1º del decreto ejecutivo N° 39740 del 17 de febrero del 2016)*

Tratamiento de rutina:

El profesional encargado de la consulta inicia la indicación del ácido fólico de rutina, con el fin de prevenir las anomalías del tubo neural, bastante frecuente en nuestro país

(Las mujeres que desean embarazarse y aquellas mujeres embarazadas, deben saber que 400mcg de ácido fólico por día antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación reduce el riesgo de tener un bebé con defectos del tubo neural como anecefalia y espina bífida - **A**)

El profesional entrega la referencia a la mujer embarazada para la valoración odontológica de rutina.

La educación para la salud debe ser impartida de acuerdo al capítulo Educación para la Salud de la Mujer Embarazada, enfatizando sobre signos síntomas de peligro, así como al establecimiento donde deben acudir en caso de emergencia. (En cada consulta prenatal los médicos generales o enfermeras deben ofrecer información consistente, explicaciones claras y deben permitir el espacio para que la mujer embarazada discuta y pregunte sobre las preocupaciones. Crear un ambiente favorable para las discusión de asuntos delicados como violencia doméstica, abuso sexual, trastornos psiquiátricos y uso de drogas ilegales - **D**) (Anexo 6).

Cita subsiguiente

El profesional a cargo de la consulta, anota en el expediente y en el carné perinatal la **cita para el segundo control prenatal alrededor de las 20 semanas de gestación**, evitando así oportunidades perdidas.

Registro.

Todas las acciones realizadas dentro de la consulta deben quedar debidamente registradas en la historia clínica con firma y código del o la profesional que la realiza. (Los servicios de atención prenatal deben tener un sistema nacional estandarizado que registre un mínimo acordado de información para ser usado por los prestadores de servicio de salud para proveer la atención prenatal recomendada basada en la evidencia a las mujeres embarazadas - **D**).

Informe

Para efectos de los informes que se deben rendir periódicamente esta visita debe quedar registrada como la **primera consulta prenatal**.

Las actividades que se realizan en la primera consulta están resumidas en el Cuadro 1. RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTA PRENATAL.

Casos subsiguientes

Segunda Consulta (20 semanas)

Nota:

Si la usuaria no asistió a la primera visita, el profesional encargado de la consulta debe incluir todas las actividades de la primera consulta, más las actividades pertinentes según el Cuadro 1. **Resumen de las Actividades Fundamentales de la Consulta Prenatal (Anexo 15)**.

El profesional encargado de la consulta debe:

- . Revisar y actualizar la Historia Clínica Perinatal.

- . Facilitar a la mujer embarazada y a su acompañante la oportunidad de una comunicación libre, donde puedan expresar y aclarar sus dudas.

- . Revisar los nuevos resultados de los exámenes de laboratorio

- . Registrar en el expediente y el Carné Perinatal

- . Interpretar a la usuaria los resultados de los exámenes de laboratorio (anexos 7, 8 y 9)

- . Interrogar a la usuaria sobre su dieta habitual

- . Valorar en la usuaria el incremento de su peso corporal.

- . Medir en la usuaria la altura uterina

- . Auscultar la FCF al menos por un minuto

- . Aplicar las cuatro maniobras de Leopold (anexo 10)

- . Realizar el examen ginecológico en caso necesario.

Roll Over Test

A toda usuaria embarazada de primera vez, se le debe practicar el **Roll Over Test**, a partir de la semana 20 de gestación hasta la semana 28 de gestación (anexo 11).

Prueba de Proteinuria

Toda usuaria primigesta con antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica o con sintomatología de Hipertensión Arterial Inducida se les realizar la **prueba de proteinuria** para definir el riesgo de Pre-eclampsia / eclampsia. En caso de confirmar el **Síndrome Hipertensivo del Embarazo** la usuaria debe ser referida a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico.

Valoración de riesgo integral

A toda usuaria embarazada debe ser investigada por factores de riesgo individual, familiares y comunales para ser clasificada en bajo y alto riesgo obstétrico.

Toma de Papanicolau

El profesional encargado de la consulta revisa el expediente de la usuaria para ver si procede. La toma de PAP está indicada en aquellas mujeres que nunca se lo han realizado o que tienen más de dos años de realizado o con indicación especial de más frecuente. La técnica para la de PAP en mujeres embarazadas **no incluye la toma de muestra del canal endocervical**.

(*)Entrega de órdenes de laboratorio

El profesional encargado de la consulta entrega las órdenes de laboratorio correspondientes a la segunda consulta:

- Hb-Hto
- Examen general de orina
- VDRL
- Glucosa post-carga

()(Así reformado el apartado anterior por el artículo 1º del decreto ejecutivo N° 39740 del 17 de febrero del 2016)*

Tratamiento de rutina

El profesional encargado de la consulta indica:

∅ Indica el hierro y ácido fólico de rutina.

Indicación Toxoide tetánico

El profesional encargado de la consulta indica el refuerzo del **toxoides tetánico** a las usuarias que tienen más de 10 años de su última aplicación. A las usuarias que no tienen antecedentes de vacuna se les aplica la primera dosis. (Anexo 12)

La Educación para la Salud debe ser impartida de acuerdo al capítulo Educación para la Salud de la mujer embarazada, enfatizando sobre signos síntomas de peligro, así como al establecimiento donde deben acudir en caso de emergencia. (Anexo 13)

Cita subsiguiente

El profesional a cargo de la consulta, anota en el expediente y en el carné perinatal la **cita para el tercer control prenatal alrededor de las 28 semanas de gestación**, evitando así oportunidades perdidas.

Registro:

Todas las acciones realizadas dentro de la consulta deben quedar debidamente registradas en la historia clínica, y rubricados con firma y código del o la profesional que la realiza.

Informes:

Para efectos de informe que se deben rendir periódicamente esta visita debe quedar registrada como la **segunda consulta prenatal**.

Las actividades que se realizan en la segunda consulta están resumidas en el Cuadro 1. RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTA PRENATAL.

Tercera Consulta (28 semanas)

Nota:

Si la usuaria no asistió a la segunda visita el profesional debe incluir todas las actividades de la segunda consulta, más las actividades pertinentes según el Cuadro 1 **Resumen de las actividades fundamentales de la consulta prenatal (Anexo 15)**.

Actividades:

El profesional encargado de la consulta debe realizar las siguientes actividades:

- . Revisar los nuevos resultados de los exámenes de laboratorio
- . Registrar en el expediente y el Carné Perinatal

- . Interpretar a la usuaria los resultados de los exámenes de laboratorio (anexos 7, 8 y 9)

- . Interrogar a la usuaria sobre su dieta habitual

- . Valorar en la usuaria el incremento de su peso corporal.

- . Medir en la usuaria la altura uterina

- . Auscultar la FCF al menos por un minuto

- . Aplicar las cuatro maniobras de Leopold (anexo 10)

- . Realizar el examen ginecológico en caso necesario.

Valoración de riesgo integral

A toda usuaria embarazada debe ser investigada por factores de riesgo individual, familiares y comunales para ser clasificada en bajo y alto riesgo obstétrico.

Valoración de signos y síntomas de peligro

Toda usuaria con signos y síntomas de amenaza de parto prematuro: contracciones

uterinas y modificaciones del cuello cervical, sangrado vaginal y expulsión de líquido amniótico deben ser referidas para ser valoradas por el médico gineco-obstetra en el nivel correspondiente.

Entrega de órdenes de laboratorio

El profesional encargado de la consulta entrega las órdenes de laboratorio correspondientes a la segunda consulta

Ø Hb-Hto

Ø Examen general de orina

Ø VDRL

Tratamiento de rutina

El profesional encargado de la consulta indica:

Indica el hierro y ácido fólico de rutina

Educación para la salud:

La educación para la salud debe ser impartida de acuerdo al capítulo Educación para la Salud de la mujer embarazada, enfatizando sobre signos síntomas de peligro, si como al establecimiento donde deben acudir en caso de emergencia.

Cita subsiguiente:

El profesional a cargo de la consulta, anota en el expediente y en el carné perinatal la **cita para el cuarto control prenatal alrededor de las 32 semanas de gestación**, evitando así oportunidades perdidas.

Registro:

Completar el registro en el Carné Perinatal y entregárselo a la usuaria e indicarle que debe llevarlo a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud o en caso de consultar al Servicio de Emergencias.

Informe:

Para efectos de informe que se deben rendir periódicamente esta segunda visita debe quedar registrada como la **tercera consulta prenatal**.

Las actividades que se realizan en la segunda consulta están resumidas el Cuadro 1.
RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTA PRENATAL.

Cuarta Consulta (32 semanas)

Nota

Si la usuaria no asistió a la tercera visita el profesional debe incluir todas las actividades de la tercera consulta, más las actividades pertinentes según el Cuadro 1.
Resumen de las actividades fundamentales de la consulta prenatal.

Actividades:

El profesional encargado de la consulta debe realizar las siguientes actividades:

- . Revisar los nuevos resultados de los exámenes de laboratorio

- . Registrar en el expediente y el Carné Perinatal

- . Interpretar a la usuaria los resultados de los exámenes de laboratorio (anexos 7, 8, 9)

- . Interrogar a la usuaria sobre su dieta habitual

- . Valorar en la usuaria el incremento de su peso corporal.

- . Medir en la usuaria la altura uterina

- . Auscultar la FCF al menos por un minuto

- . Aplicar las cuatro maniobras de Leopold (anexo 10)

- . Realizar el examen ginecológico en caso necesario.

Valoración del riesgo integral

A toda usuaria embarazada debe ser investigada por factores de riesgo individual, familiares y comunales para ser clasificada en bajo y alto riesgo obstétrico.

Identificación de signos y síntomas de peligro:

Toda usuaria con signos y síntomas de amenaza de parto prematuro: contracciones uterinas y modificaciones del cuello cervical, sangrado vaginal y expulsión de líquido amniótico deben ser referidas para ser valoradas por el médico gineco-obstetra en el nivel correspondiente.

(*)Entrega de órdenes de laboratorio

El profesional encargado de la consulta entrega las órdenes de laboratorio correspondientes a la cuarta consulta

- Hb-Hto
- Examen general de orina
- Tamizaje de Estreptococo Agalacthi B, a toda mujer gestante entre las semanas 32-36

()(Así reformado el apartado anterior por el artículo 1º del decreto ejecutivo N° 39740 del 17 de febrero del 2016)*

Tratamiento de rutina

El profesional encargado de la consulta indica:

Indica el hierro y ácido fólico de rutina

Educación para la salud:

La Educación para la Salud debe ser impartida de acuerdo al capítulo Educación para la Salud de la mujer embarazada, enfatizando sobre signos síntomas de peligro, si como al establecimiento donde deben acudir en caso de emergencia.

Cita subsiguiente:

Programar la cita para el quinto control prenatal alrededor de la semana 37-38 de gestación.

Registro:

Completar el registro en el Carné Perinatal y entregárselo a la usuaria e indicarle que debe llevarlo a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud o en caso de consultar al Servicio de Emergencias

Informe:

Para efectos de informe que se deben rendir periódicamente, esta visita debe

quedar registrada como la **cuarta consulta prenatal**.

Las actividades que se realizan en la cuarta consulta están resumidas en el Cuadro 1 **RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTA PRENATAL**.

Quinta Consulta (37 -38 semanas)

Nota

Si la usuaria no asistió a la cuarta visita el profesional debe incluir todas las actividades de la cuarta consulta, más las actividades pertinentes a la quinta consulta, según el Cuadro 1. **Resumen de las actividades fundamentales de la consulta prenatal**.

Actividades

El profesional encargado de la consulta debe realizar las siguientes actividades:

- . Revisar los nuevos resultados de los exámenes de laboratorio
- . Registrar en el expediente y el Carné Perinatal

- . Interpretar a la usuaria los resultados de los exámenes de laboratorio (anexos 7, 8 y 9)

- . Interrogar a la usuaria sobre su dieta habitual

- . Valorar en la usuaria el incremento de su peso corporal.

- . Medir en la usuaria la altura uterina

- . Auscultar la FCF al menos por un minuto

- . Aplicar las cuatro maniobras de Leopold (anexo 10)

- . Realizar el examen ginecológico en caso necesario.

Valoración del riesgo integral

A toda usuaria embarazada debe ser investigada por factores de riesgo individual, familiares y comunales para ser clasificada en bajo y alto riesgo obstétrico.

Identificación de signos y síntomas de peligro

Toda usuaria con signos y síntomas de amenaza de parto prematuro: contracciones uterinas y modificaciones del cuello cervical, sangrado vaginal y expulsión de líquido amniótico deben ser referidas para ser valoradas por el médico gineco-obstetra en el nivel correspondiente.

Entrega de órdenes de laboratorio

El profesional encargado de la consulta entrega las órdenes de laboratorio correspondientes a la cuarta consulta

Ø Hb-Hto

Ø Examen general de orina

Tratamiento de rutina

El profesional encargado de la consulta indica:

Indica el hierro y ácido fólico de rutina

Educación para la salud:

La educación para la salud debe ser impartida de acuerdo al capítulo Educación para la Salud de la mujer embarazada.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital / maternidad para ser sometidas a una evaluación y el especialista determina el curso clínico a seguir.

Cita de control pos-parto:

Se le indica a la usuaria que debe hacerse presente en la consulta pos-natal a los 7 días después de la fecha del parto.

Registro:

Completar el registro en el Carné Perinatal y entregárselo a la usuaria e indicarle que debe llevarlo a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud o en caso de consultar al Servicio de Emergencias.

Informe:

Para efectos de informe que se deben rendir periódicamente, esta visita debe quedar registrada como la **cuarta consulta prenatal**.

8. Cuadro Resumen.

Las actividades que se realizan en la segunda consulta están resumidas en la Cuadro. 1, **RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTA PRENATAL**.

CUADRO 1, RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES
DE LA CONSULTA PRENATAL

ACTIVIDADES	CONSULTA				
	<i>Primera</i>	<i>Segunda</i>	<i>Tercera</i>	<i>Cuarta</i>	<i>Quinta</i>
Llenado historia clínica perinatal		X			

Revisión y actualización de la historia clínica perinatal			X	X	X
EXAMEN FÍSICO GENERAL					
Ø Examen clínico por sistemas:	X				
Ø Valoración de signos vitales	X	X	X	X	X
Ø Valoración cavidad oral					
Ø Examen de mamas		X			

		X			X
		X	X	X	X
VALORACIÓN NUTRICIONAL:					
∅ Interrogatorio sobre hábitos alimentarios		X	X	X	X
∅ Revisión de					

datos antropométricos (talla y peso)				
Ø Aplicar fórmula de Índice de masa corporal (Peso Kg /Talla ²)	X	X	X	X
Ø Valoración de la ganancia de peso	X	X	X	X
Ø Llenado de nomograma	X	X	X	X
Ø Diagnóstico del estado nutricional en cada consulta.	X	X	X	X

<p>EXAMEN OBSTÉTRICO:</p> <p>Ø Cálculo de la edad gestacional, a partir de la FUR</p> <p>Ø Medición de altura uterina con cinta métrica a partir de 12 semanas de</p>	X	X	X	X	X

gestación					
∅ Frecuencia cardiaca fetal entre las 18 a 22 semanas con fetoscopia, o a partir de 12 semanas con Doppler fetal.	X	X	X	X	
∅ Interrogar por movimientos fetales a partir de 18 semanas	X	X	X	X	
MANIOBRAS DE LEOPOLD:					
∅ Maniobras de Leopold: a partir del tercer trimestre para valorar:					
§ Situación	X	X	X	X	
§ Presentación					
§ Posición					

<p>§ Encajamiento</p> <p>Valoración de cantidad de líquido amniótico a partir de 2° trimestre</p>		x	x	x	x
ACTIVIDADES	CONSULTA				
EXAMEN VAGINAL					

<p>Ø Valoración de las condiciones cervicales</p> <p>Ø Descartar leucorrea</p> <p>Ø Valoración de sangrados.</p> <p>Ø Toma de citología vaginal PRN</p> <p>Ø Evaluación clínica por tacto bi-manual de la edad gestacional en embarazos menores de 12 semanas.</p> <p>Ø Valoración de trompas y ovarios</p>		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<table border="1" data-bbox="831 105 1283 347"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Estas actividades se realizan de acuerdo al criterio médico basado en los signos y síntomas de la mujer embarazada.</p>			

		X			
		X			
<p>CLASIFICACIÓN DE RIESGO</p> <p>Clasificación de riesgo materno fetal perinatal, en todas las consultas, considerando los determinantes de la salud: biológicos, económicos, ambientales, y de conciencia-conducta</p>	X	X	X	X	X
<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Conclusión diagnóstica integral en cada consulta.</p>	X	X	X	X	X
Exámenes de	X	X	X	X	X

Laboratorio					
Referencia al Odontólogo	X	X			
Prescripción de medicamentos		X	X	X	X
Educación para la salud	X	X	X	X	X
Entrega de carné perinatal		X	X	X	X
Asignación de próxima cita	X	X	X	X	X*
A partir de la semana 37 de gestación se debe entregar la referencia para la atención de su parto.					X
Firma y Código en el expediente clínico	X	X	X	X	X

INFORMES 1. Cada consulta realizada genera informes	X	X	X	X	X
--	---	---	---	---	---

8. ACTIVIDADES POR EXCEPCIÓN

Dentro de la consulta prenatal existen dos actividades que no se dan en forma rutinaria, sino por excepción, estas son la prueba de **Roll Over Test y el ultrasonido obstétrico.**

Indicaciones de ecografía

El ultrasonido o ecografía fetal, se indica en caso de duda sobre la fecha de última regla para corroborar la edad gestacional, entre las 10 y las 20 semanas de gestación.

También está indicado el ultrasonido para descartar embarazo múltiple, diagnóstico de oligoamnios, polihidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, en sangrados vaginales de cualquier trimestre de embarazo y sospecha de malformaciones congénitas.

De acuerdo al resultado del ultrasonido, la usuaria deberá ser referida a un nivel

superior.

9. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN CONSULTA PRENATAL

Ø Llenado de la Historia Clínica Perinatal

El personal que participa en la consulta prenatal debe iniciar el llenado de la Historia Clínica Perinatal, en su primer contacto con la embarazada.

El profesional que atiende la consulta prenatal debe iniciar el llenado de la "Historia Clínica Perinatal, interrogando a la usuaria para obtener información de sus antecedentes familiares, personales y gineco-obstétricos.

El profesional encargado de la atención prenatal debe hacer revisión y análisis de los datos anotados en las consultas anteriores

El profesional que atiende la consulta prenatal debe valorar en cada consulta, clasificar y anotar en la historia clínica el riesgo integral (bio-sico-social-ambiental), para establecer las acciones correspondientes, ya que, conforme avanza el embarazo se modifica el riesgo obstétrico biológico.

Los siguientes son los datos relevantes para la historia de clínica de la mujer embarazada:

a) Antecedentes familiares:

Ø Genéticos

Ø Diabetes Mellitus

Ø Hipertensión arterial

Ø Cardiopatías

Ø Tuberculosis

Ø Cáncer

Ø Nefropatías

Ø Epilepsias

Ø Enfermedades de transmisión sexual de la pareja, o VIH - SIDA

Ø Drogadicción

Ø Violencia Intrafamiliar

b) Antecedentes Personales Patológicos

Ø Genéticos

Ø Diabetes Mellitus

Ø Hipertensión arterial

Ø Cardiopatías

Ø Infecciones: tuberculosis, hepatitis, dengue, paludismo y otras

Ø Cáncer

Ø Neuropatías

Ø Epilepsia

Ø Infecciones de transmisión sexual

Ø VIH o SIDA

Ø Drogadicción (tabaco, licor, otras drogas)

Ø Víctima de violencia familiar

c) Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

d) Antecedentes personales no patológicos

Ø Vacuna de rubéola

Ø Vacuna antitetánica

Ø Fecha último PAP

e) Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Ø Gestas

Ø Abortos

Ø Partos igual o más de 22 semanas

Vaginales

Cesáreas

Fórceps

Ø Muerte fetal (entre 22 y 42 semanas de gestación)

Ø Nacidos

Prematuros por edad gestacional (entre 22 y menos de 37 semanas)

Post término (más de 40 semanas de gestación)

Bajo peso (menor 2.500 gramos)

Macrosómicos (4500 g o más)

Ø Muertes Infantiles

Neonatal temprana (igual o menor a siete días de edad)

Neonatal tardía (de 7 a 28 días)

Post neonatal (mayor de 29 días hasta menor de un año)

Ø Anomalías congénitas

Ø Fecha de último parto: espontáneo - inducido - conducido

Terminación último parto: vaginal, cesárea-fórceps

Ø Período Inter-genésico

Ø Reproducción asistida

Ø Cirugía pélvica

Lactancia materna.

Uso de métodos de planificación familiar. Cuál?

f) Complicaciones en embarazo, parto, post parto anteriores:

Enfermedad trofoblástica

Mola Hidatidiforme

Embarazo extra uterino

Partos prematuros

Diabetes gestacional

g) Datos del embarazo actual

10. CLASIFICACIÓN DE RIESGO INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

La valoración del riesgo constituye una tarea importante dado que en la mujer embarazada se pueden producir cambios que generan alteraciones en la salud del binomio madre-hijo.

La identificación de los factores de riesgo en la embarazada, debe hacerse en forma integral, valorando los factores, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, incluye la violencia intrafamiliar, desde un enfoque de familia gestante.

La determinación de factores de riesgo individual o colectivo, de la mujer en estado de embarazo, permite la clasificación de las mujeres en dos grandes grupos: bajo y alto riesgo.

Toda mujer en su primera consulta debe ser evaluada y clasificada según Enfoque de Riesgo para definir el control prenatal diferenciado requerido.

Las mujeres de bajo riesgo son elegibles para la atención prenatal normada en este documento. Por el contrario, las mujeres clasificadas de alto riesgo deben ser referidas a un servicio especializado según corresponda; sin interrumpir la atención prenatal en el primer nivel de atención.

Los especialistas que valoren y manejen una embarazada de alto riesgo, deben enviar una contrarreferencia al primer nivel de atención, para que este continúe con la atención integral de la embarazada dentro del seno familiar.

La evaluación y clasificación del riesgo, debe mantenerse durante todo el proceso de gestación, valorando los factores de riesgo en cada consulta.

Listado de condiciones patológicas del área biológica que clasifican a la embarazada de alto riesgo obstétrico.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:

1. Aborto recurrente
2. Hemorragias vaginales en cualquier trimestre del embarazo
3. Embarazo prolongado mayor de 40 semanas de gestación.

4. Dos cesáreas anteriores
5. Amenaza de parto prematuro
6. Rotura prematura de membranas.
7. Colestasia intra hepática del embarazo
8. Muerte fetal intra-uterina

PATOLOGÍA MÉDICA Y EMBARAZO

1. Anemia severa
2. Cardiopatías
3. Síndrome hipertensivo
4. Diabetes Mellitus
5. Infección urinaria
6. Lupus eritematoso
7. Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos

8. Púrpura trombocitopénica idiopática
9. Coagulación intravascular diseminada
10. Transfusión de sangre en alteraciones de la coagulación
11. Asma severa
12. Enfermedad maligna
13. Desórdenes psiquiátricos con tratamiento médico
14. Uso de drogas legales como el tabaco y alcohol
15. Uso de drogas ilegales como Heroína, Crack, otras

INFECCIONES

1. Herpes
2. Rubéola en el primer trimestre
3. SIDA
4. Sífilis

5. Hepatitis B y C

6. Estreptococo grupo B hemolítico

7. Toxoplasmosis

PATOLOGÍA FETAL

1. Restricción del crecimiento intrauterino

2. Embarazo múltiple

3. Enfermedad hemolítica perinatal

4. Antecedentes de malformaciones congénitas

Otros:

1. Edad de la madre menor de 15 años o mayor de 35-40 años

2. Intervalo intergenésico menor de dos y mayor de cinco años

3. Multigesta, con cuatro a más hijos
4. Problemas de malnutrición: obesidad o desnutrición
5. Antecedentes de partos prematuros
6. Antecedentes de neuropatías
7. Antecedentes de psicosis puerperal

Listado de condiciones psicosociales y ambientales que clasifican a la embarazada de alto riesgo obstétrico:

1. Embarazadas sin apoyo social.
2. Embarazada sin seguro social, con seguro por el Estado o indocumentadas.
3. Jefe-a de hogar desempleado o sin trabajo fijo.
4. Embarazadas que son trabajadoras comerciales del sexo.
5. Actividad laboral de la embarazada o su pareja en ambientes insalubres e inseguros, para ellos o su embarazo.
6. Familias con **necesidades básicas insatisfechas**, porque cumplen al menos una de las siguientes características:

6.1. Niño-as menores de 12 años que no asisten a la escuela

6.2. Hacinamiento crítico, más de 3 personas por aposento

6.3. Vivienda inadecuada o tugurio.

6.4. Servicios públicos inadecuados no hay agua intradomiciliar, ni disposición de excretas, o excusado compartidos con otras familias.

6.5. Familias con alta dependencia económica: 3 o más personas dependientes por persona ocupada con menos de 3 años de escolaridad.

6.6. Analfabetismo de uno o de los dos miembros de la pareja.

11- PRINCIPALES PATOLOGÍAS A SER REFERIDAS

El cuadro siguiente presenta una lista de las patologías bio-psicosociales más comunes en la mujer embarazada. Así como las recomendaciones para referencia.

Las usuarias que posean las siguientes patologías no deben permanecer en el primer nivel de atención.

<p>Diabetes:</p>	<p>Derivar; debe tener cuidado continuo de nivel superior.</p>
------------------	--

Cardiopatía:	Derivar; continuar de acuerdo al diagnóstico del especialista;
Nefropatía:	Derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
Epilepsia:	Dar consejo sobre medicación continua.
Abuso de drogas:	Derivar para cuidados especializados.
Signos de anemia severa y Hb g/l:	Incrementar la dosis de hierro [BSR] o derivar si hay disnea.
VIH positivo:	Asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el bebé y el compañero; y derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH
Antecedentes familiares de enfermedad genética:	Derivar al perinatólogo y genetista.
Primigrávida:	Aconsejar sobre los beneficios del parto que tiene lugar en el centro de salud.

Mortinato previo:	Derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
Neonato previo con retardo de crecimiento (RCIU validado):	Derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista.
Internamiento por eclampsia o pre-eclampsia:	Derivar; continuar según consejo del especialista
Dos cesáreas previas:	Remarcar que el parto debe ser hospitalario.
Presión sanguínea alta (140/90 mm Hg)	Derivar para evaluación
Sangrados vaginales independiente del trimestre de gestación	Derivar al nivel superior con médico especialista.

12- EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE EL EMBARAZO

§ El profesional que atiende la consulta prenatal debe informar a la usuaria el objetivo por el cual indica los exámenes de laboratorio, así como la importancia de realizarlos.

§ Todo examen solicitado a la mujer embarazada debe realizarse con consentimiento informado previo y ser refrendado con la firma de la usuaria.

§ Cada vez que se presente una mujer a la consulta general con sospecha de embarazo, el profesional médico o de enfermería obstétrica debe indicar el examen sub. beta en sangre. Si este sale positivo se aprovecha la muestra de sangre para que laboratorio realice Hb, Hto, Grupo y Rh.

§ El resto de los exámenes de rutina deben ser indicados por el profesional a cargo, desde el momento en que inicia el control prenatal.

§ Cada vez que el profesional que atiende la consulta prenatal revisa los resultados de los exámenes de laboratorio, debe poner su firma, su código y la fecha de la revisión sobre el formulario del reporte, ubicado dentro del expediente clínico.

§ El examen de **toxoplasmosis** se solicitará de rutina en áreas con infección endémica o antecedentes de malformaciones (anexo 8).

§ El examen de **Glucemia 1 hora poscarga 50 gramos de glucosa** se realiza en la 1^o visita, si hay antecedentes de riesgo, o si la glucemia en ayunas está alterada, y a toda embarazada entre las 24 a 32 semanas.

§ El examen de **Cultivo de secreción vaginal** para descartar presencia de *Streptococo beta-agaláctie*, asociado a la amenaza de parto prematuro, se indica en mujeres primigestas, con antecedentes de amenaza y parto prematuro.

§ Si los resultados de los exámenes y pruebas salen alterados deben iniciarse el tratamiento en la misma clínica el día de entrega del resultado, o bien se deriva al nivel que corresponda.

§ El personal de laboratorio debe brindar información y orientación a las usuarias sobre los horarios y funcionamiento del laboratorio, instrucciones para la técnica de recolección de las muestras, así como los beneficios de conocer sus resultados.

Ø Indicaciones de ecografía

El ultrasonido o ecografía fetal, se indica en caso de duda sobre la fecha de última regla para corroborar la edad gestacional, entre las 10 y las 20 semanas de gestación. También, está indicado el ultrasonido para descartar embarazo múltiple, diagnóstico de oligoamnios, polihidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, en sangrados vaginales de cualquier trimestre de embarazo y sospecha de malformaciones congénitas.

De acuerdo a resultado del ultrasonido, la usuaria deberá ser referida a un nivel superior.

Ø Indicación de inmunización.

§ Indicación de la vacuna antitetánica, a partir de la semana 20 de gestación, de acuerdo al siguiente esquema:

o **pacientes con esquema incompleto:** prescribir 0.5 ml de vacuna antitetánica vía subcutánea y refuerzo entre 4 a 8 semanas después de la 1ª dosis o 6 semanas antes de la fecha probable de parto.

o **pacientes con esquema completo:** prescribir dosis única de 0.5 ml de vacuna antitetánica, si corresponde el refuerzo a los 10 años.

13- INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Ø Los profesionales autorizados para indicar los medicamentos básicos y de rutina durante el embarazo son: médico-a, odontólogo-a y enfermera-o obstetra, dentro de su campo.

Ø Para evitar eventos adversos debido al uso incorrecto de medicamentos en la gestante, el profesional deberá anotar en la receta la condición de embarazada y las semanas de gestación.

Ø Los profesionales autorizados para indicar medicamentos a la embarazada deben informar a la usuaria el objetivo del mismo, su modo correcto de empleo, su vía de administración, así como sus efectos secundarios, este tipo de educación para la salud debe quedar registrada en el expediente clínico.

Ø En caso de que el médico general deba indicar medicamentos no rutinarios debe consultar el documento sobre medicamentos contraindicados en el embarazo, basado en libro de "Fármacos N° 1 y 2, Volumen 14 y 15, última edición vigente, de la Caja Costarricense de Seguro Social".

Ø Los medicamentos indicados de rutina durante el embarazo son:

<p>Ácido fólico</p>	<p>1 mg por día, vía oral idealmente desde la consulta pre- concepcional, o desde la primera</p>
---------------------	--

- . Meclizina, antiácidos (Incluye anti H2 e inhibidores de la bomba de protones).

- . Antimicóticos tópicos (crema y óvulos)

- . Antibióticos: cefalexina, cefalotina, amoxicilina, penicilina, trimetropin-sulfametoxazol, nitrofurantoína.

- . Antihemorroidales

- . Antidiarreicos son de uso libre durante el embarazo

14-SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA A LA EMBARAZADA

La atención por el odontólogo de toda embarazada se justifica dada la evidencia científica de que las mujeres embarazadas con infecciones buco dentales incrementan el riesgo de amenaza de parto prematuro.

Toda embarazada tiene derecho a ser atendida en los servicios de odontología, como parte de la atención integral.

Toda embarazada debe ser referida al odontólogo, en su primera consulta.

Las citas odontológicas de mujeres embarazadas deben ser consideradas prioritarias, en la agenda del odontólogo.

El primer contacto de la embarazada con el Servicio de Odontología es por medio de la asistente dental, quien en forma grupal, brinda educación sobre salud oral y prevención de enfermedades buco dental.

Las charlas de educación en salud oral deben programarse dentro del plan anual de educación que tiene para sus usuarias el establecimiento de salud y también dentro del curso de preparación a la maternidad de cada centro de salud

Una vez recibida la charla grupal, la mujer embarazada acude al servicio de odontología a pedir cita con el odontólogo para revisión buco dental de rutina.

El día de la cita con el odontólogo este les hace un examen clínico, les da instrucciones de fisioterapia bucal, les instruye sobre técnicas de higiene, el uso del cepillo y del hilo dental, en forma particular y de acuerdo a sus necesidades. Además, se les recomienda leer las etiquetas de los colutorios para enjuagues, porque algunos son contraindicados en el embarazo.

El odontólogo hace tratamiento preventivo con aplicación de fluor a toda mujer embarazada.

Si el odontólogo determina que la mujer embarazada amerita extracciones u obturaciones, también se les practica, pero a partir del segundo trimestre de embarazo, ya que las embarazadas por el riesgo de discrasias sanguíneas transitorias y benignas tienden a sangrar más por las encías.

Los tratamientos mayores, indicados a una mujer embarazada, deben dejarse de último pues una extracción puede terminar en una cirugía.

En caso de requerir tratamientos y cirugías especializadas, se debe referir a la mujer embarazada a los hospitales nacionales.

Toda atención brindada a la mujer embarazada debe quedar registrada en el expediente clínico, específicamente en el ODONTOGRAMA, es allí donde el odontólogo anota las intervenciones realizadas a la usuaria, así como las citas.

15- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA MUJER EMBARAZADA

Lowdr milk Ditra Leonar; Channon Perrie y Bobbak Irene**Enfermería Materno-Infantil (2004)****Haropourt / Océano / España, Vol. Nº 2**

La educación para la salud a la mujer embarazada es una responsabilidad de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud, quienes deben dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del tema con la familia gestante.

Debe aprovecharse todo contacto con la mujer embarazada para transmitir la información que le permita asumir su auto-cuidado y el de su bebé. Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas de fácil comprensión para que puedan ser leídos por los miembros de la familia.

Este capítulo distribuye los temas a tratar, de acuerdo a los trimestres del embarazo, de manera que cada disciplina debe ampliarlos de acuerdo a las necesidades de la usuaria.

Contenidos de la educación en el primer trimestre.

- Ø Información sobre horarios y rutinas de los servicios.
- Ø Información sobre documentos (de identificación, carné perinatal, etc.).
- Ø Instrucción sobre cuidados de higiene personal y vestuario y calzado.
- Ø Información sobre actividad sexual, sexo seguro y enfermedades de

transmisión sexual.

Ø Información sobre el ejercicio físico (contraindicación de deportes extremos [ej. paracaidismo, alpinismo, equitación, etc.], se permite y estimula la actividad física controlada [Ej. aeróbicos de bajo impacto, gimnasia de bajo impacto, natación, caminatas, etc.]).

Ø Importancia y objetivo de los exámenes de laboratorio y gabinete.

Ø Instrucción sobre signos y síntomas de aborto temprano (embarazo menor de 13 semanas).

Ø Medidas generales para el manejo de la emesis (achaque).

Ø Cuidado y orientación sobre la ingesta de medicamentos.

Ø Información sobre la importancia y objetivo sobre la vacunación contra el Tétanos.

Ø Información sobre consecuencias materno-fetales del uso y abuso de sustancias (alcohol, tabaco, y drogas ilícitas).

Ø Información sobre "Curso de Preparación a la Maternidad".

Ø Información sobre los cambios anatómicos y fisiológicos.

Ø Información sobre desarrollo embrionario-fetal.

Ø Información sobre nutrición-alimentación, ganancia ponderal y anemia "mal llamada" fisiológica.

Ø Información sobre los derechos y deberes de la usuaria y la legislación de Protección a la Embarazada, así como su potestad de otorgar el consentimiento informado, y mantener un acompañante durante todo el proceso de atención.

∅ Información sobre los peligros de la exposición a agentes teratógenos (ejemplo: químicos, agroquímicos, físicos, radiación, biológicos, vacunas procedentes de microorganismos vivos o atenuados, entre otros.

∅ Aclaración de dudas que surjan de la embarazada o su acompañante.

Contenidos de la educación en el segundo trimestre

∅ Se debe reforzar todos los aspectos educativos cubiertos en el I trimestre, adaptándolos a las necesidades y circunstancias de las mujeres en este momento.

∅ Instrucción sobre signos y síntomas de aborto: embrionario (hasta las 12 semanas de embarazo), aborto tardío: (embarazo de 13 a 20 semanas), y parto pretérmino: (embarazo de 20 a 32 semanas de gestación), además de los signos y síntomas de alarma [ej. sangrado, dinámica uterina regular, hidrorrea, ausencia de movimientos fetales, etc.]).

∅ Sobre los signos y síntomas de la hipertensión gestacional (ej. cefalea, fosfenos, visión borrosa, dolor epigástrico o de cuadrante superior derecho, etc.)

Contenidos de la educación en el tercer trimestre

∅ Se debe reforzar todos los aspectos educativos cubiertos en el I y II trimestre, adaptándolos a las necesidades y circunstancias de las mujeres en este momento.

∅ Instrucción sobre signos y síntomas de parto de término (mayor de 37

semanas) y pretérmino (entre 32 y 37 semanas). Además, de los signos y síntomas de alarma (ej. sangrado, dinámica uterina regular, hidrorrea, ausencia de movimientos fetales, etc.).

Ø Aconsejar sobre el planeamiento del momento del parto, incluyendo el medio a utilizar para el traslado.

Ø Información sobre la necesidad de tener preparada la maleta que llevará al hospital, que incluye: vestuario personal, objetos de cuidado personal (cepillo de dientes, pasta dentrífica, jabón, paño, desodorante, etc.) y vestuario para el momento del alta de la usuaria y la del niño-a, documentos (de identificación, carné perinatal).

Ø Instrucción sobre signos y síntomas de parto de pretérmino antes de las 37 semanas, así como los signos y síntomas de alarma (sangrados, dinámica uterina regular, ausencia de movimientos fetales, etc.)

Ø Orientación sobre la conducta a seguir si el embarazo se prolonga más allá de 41 semanas.

Ø Orientación sobre los riesgos del embarazo de postérmino (mayor de 42 semanas) como: disminución del líquido amniótico, disminución del peso fetal, envejecimiento de la placenta, etc.

Ø Orientación sobre los primeros cuidados al recién nacido, prueba de tamizaje, lactancia materna, e inmunizaciones, así como los signos y síntomas de peligro en el neonato, tales como sangrado umbilicales, e ictericias.

Ø Información de la Consulta Posparto y anticoncepción.

Referencia de casos de alto riesgo

Todas las actividades realizadas anteriormente sirven para identificar factores de

riesgo que pueden incidir en las complicaciones durante el embarazo y para focalizar los signos y síntomas de emergencia que deben ser derivadas a un nivel superior.

Se debe brindar información oral y escrita a las mujeres con respecto a donde ir y a quien consultar en caso de emergencia y de ser posible proporcionar los números telefónicos donde llamar.

16. CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA NORMA DE ATENCIÓN PRENATAL

El control del cumplimiento de las normas de atención prenatal es una responsabilidad de las jefaturas de los servicios de salud, ubicados en los diferentes niveles de atención, mediante la supervisión de todos los miembros del equipo de salud que intervienen en la atención integral de la mujer embarazada.

Por medio de los compromisos de gestión la CCSS genera una serie de indicadores que permiten evaluar cuantitativamente la producción de los servicios prenatales. A través de la evaluación interna se evalúa la calidad de la atención brindada.

El Ministerio de Salud dentro de sus funciones de regulación le compete realizar la evaluación externa de la calidad de la atención prenatal, para lo cual ha desarrollado la metodología de "TRAZADORA ATENCIÓN PRENATAL", la que será aplicada periódicamente por el área rectora a nivel local.

Esta metodología de evaluación de calidad se complementa con las visitas de HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, y VISITAS DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS, y EVALUACION DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, que realiza el área rectora en su área de atracción.

ANEXO 1:

GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO

(TIPO DE EVIDENCIA EXISTENTE PARA CADA UNA DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS EN EL DOCUMENTO)

Las recomendaciones que se presentan en esta guía, proporcionan información complementaria a la información bio-médica que se desprenden de estudios clínicos de la biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, teniendo como base la colaboración de Cochrane, que constituye un recurso internacional para la medicina con base en la evidencia de todas las especialidades, y es además una revisión continuamente actualizada de las investigaciones de control aleatoria.

La buena atención prenatal basada en la evidencia es importante para lograr resultados saludables y reducir la morbi-mortalidad materna.

En los casos en que no fue posible obtener la evidencia se incluyó aquella obtenida en nuestro país. Por esa razón la evidencia citada en esta guía recae brevemente en los niveles de fortaleza 4 y 5; sin embargo, algunas encajan en los niveles 1, 2 y 3.

Ciertas intervenciones durante el embarazo pueden mejorar significativamente la oportunidad de evitar resultados negativos para la madre (Gelband y col 2001).

Consejerías

Un aspecto vital de la atención prenatal es aumentar el conocimiento sobre los signos y síntomas de peligro durante el embarazo, parto y pos-parto así como el lugar a donde poder dirigirse en caso de una emergencia obstétrica. (Prual y col., 2002).

Educar a las madres en la disminución a la exposición a pesticidas llevaría a reducir

el número de abortos espontáneos. Canadá encontró sólida evidencia de que la exposición de la mujer a pesticidas tres meses previos a la concepción o durante el primer mes de la concepción conlleva significativamente el tener un aborto espontáneo. Los riesgos fueron aún más altos para mujeres expuestas mayores de 35 años de edad. (Arbuckle y col., 2001).

La educación en salud que motive a las embarazadas a dar a luz en un hospital, es efectiva para mejorar el número de mujeres que buscan una atención calificada con la consiguiente reducción en la tasa de naci-muertos y muertes neonatales. (Sundari, 1993).

El recibir educación individual y grupal sobre el rol de los esposos en la nutrición y salud de sus compañeras durante el embarazo aumenta el número de visitas de atención prenatal comparado con el grupo control en 4 o más. (Bhalerao y col., 1984).

En un estudio en la India se llevó a cabo un proyecto donde los esposos fueron contactados previamente, éstos conocían más sobre los exámenes de Hb de sus esposas, de la medición de la presión arterial, y sobre la vacuna del tétanos de sus esposas, comparado con el grupo que no pertenecían al grupo de intervención. (Raju y Leonar, 2000).

Un estudio en Tailandia, encontró que brindar educación sobre nutrición a los esposos de las mujeres embarazadas conducía a reducciones significativamente más altas en la incidencia del bajo peso al nacer de los infantes, a incrementar semanalmente la ganancia de peso, e incrementar el conocimiento tanto de mujeres que asistieron por lo menos a nueve clases y de aquellos esposos que asistieron a 3 o más clases. (Roesel y col., 1990).

Los proveedores de salud pueden motivar con éxito a las mujeres embarazadas a dejar de fumar, así como a los otros miembros de su familia que conviven con ella, basándose en el estudio que demuestra que los hijos de madres que fumaban durante el embarazo está en mayor riesgo de desarrollar diabetes y obesidad, cuando fumaban más de diez cigarrillos durante la gestación. (Montgomeri Iekbom, 2002).

El fumar durante el embarazo a sido asociado con el parto prematuro, aborto espontáneo y muerte fetal y perinatal. (Chollat-Traquet, 1992).

Si una mujer es capaz de dejar de fumar en el cuarto mes de gestación, su riesgo de dar a luz a un niño de bajo peso es similar a una que nunca ha fumado durante la gestación. (Chollat-Traquet, 1992).

Curso Preparación al Parto

En un estudio en Kenia el 90% de hombres y mujeres consideraron aceptable que los hombres acompañen a sus parejas a sus vistas prenatales y de ellos el 94% sintieron que era adecuado para los hombres estar presente durante la consulta y el 90% de los entrevistados manifestó que les hubiera gustado estar involucrados. Tanto hombres como mujeres encontraron que las restricciones estructurales y de actitud en los establecimientos de salud eran los que mantenían a los hombres alejados (Muia y col., 2000:21).

Concentración.

Muchas veces las mujeres que más necesitan de una atención prenatal como (las inmigrantes, las indígenas, las no aseguradas) tienen poco acceso a ella. (Gwatkin y Deveshwar-Bahl, 2002; Brown, 2002). Estudios recientes han demostrado que el número de visitas prenatales puede reducirse a cuatro, al proporcionar servicios y atención adecuada en cada una de las visitas. (Villar y col, 2001). La calidad de las visitas prenatales es más importante que la cantidad que se realiza.

Vacunaciones

La vacunación antitetánica de mujeres embarazadas es uno de los medios más simples y de mejor costo- efectividad para reducir la tasa de mortalidad neonatal, así como la incidencia de tétano en la madre, cual causa por lo menos el 5% de muertes maternas en países en desarrollo. (UNICEF y col; 2000) (Gupta y Keil, 1998). (Black y col., 1999 - 1980).

Violencia Intra-familiar

El uso sistemático de un instrumento de tamizaje de VIF aplicado en la primera consulta permite identificar a las mujeres víctimas de violencia de género y referirlas oportunamente.(Wiist y Mc-Farlane, 1999).Esta intervención integrada a los procedimientos de rutina de una clínica de atención prenatal puede llevar al incremento de la detección de abuso y referencia.(Covington y col.,1997,citado en Mac- Farlane y col.,2002).

Dado que las intervenciones clínicas pueden incrementar el comportamiento de búsqueda de seguridad en mujeres embarazadas víctimas de abuso anterior o durante el embarazo actual, se les debe referir a la trabajadora social para que en tres sesiones le brinde educación, promoción de la auto-estima y defensa.

Proveedor de la atención prenatal

La atención prenatal de rutina proporcionada por enfermería obstétrica puede tener resultados similares a cuando la atención prenatal es provista por gineco-obstetras. Se encontraron pocas diferencias, excepto por las reducidas cifras de bajo peso al nacer para niños nacidos de mujeres cuya atención prenatal fue provista por enfermería obstétrica. (Brwaun y Grimes, 1995, citado en la Comisión de Profesiones de Salud y la Universidad de California, Centro de Pofesiones de la Salud de San Francisco, 1999).

El número de mujeres embarazadas con complicaciones que llegaban al centro de salud en busca de tratamiento se incrementó, pero la proporción de mujeres que requirieron ser referidas al hospital disminuyó. Actualmente, enfermería obstétrica proporciona una gran parte de la atención. (Maine 1997).

La enfermería obstétrica puede ser puente de información sobre salud para las mujeres embarazadas. Esto se corrobora cuando se eleva significativamente el número

de mujeres embarazadas que responden que obtuvieron la información sobre salud o problemas de salud durante el embarazo o parto por parte de enfermería obstétrica.

Suplemento de hierro

Se incrementa el consumo de tabletas de hierro entre mujeres embarazadas mediante la distribución puerta a puerta por parte de los trabajadores comunitarios en salud que han sido capacitados durante siete días para comunicarse mejor con las mujeres embarazadas y sus familias a fin de motivar un mejor cumplimiento en la ingesta de hierro han logrado un mayor consumo entre las mujeres embarazadas.

(Stephens, 2000) (More y col, 1991, citado en Robinson 2000).

Se ha comprobado que el suplemento de hierro en 65 mg/día a partir de la semana 20 de gestación es adecuada para prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Las mujeres embarazadas tratadas con hierro tienen niveles de hemoglobina más altos y una prevalencia más baja de anemia ferroporiva que las madres tratadas con placebo, tanto en el embarazo como en el pos-parto. Así mismo sus hijos tienen niveles mayores de ferritina sérica. (Milman y col., 1999).

Suplemento de ácido fólico

La ingesta de 400ug día puede reducir los riesgos de defecto del tubo neural, incluyendo la anencefalia, la espina bífida, y el encefalocele entre otras, más no la hidrocefalia aislada.

En China el estudio revela que las mujeres que recibieron ácido fólico antes o durante el embarazo demostraron que las tasas de defecto del tubo neural fueron menores que entre las mujeres que no lo ingirieron. La mayor reducción del riesgo

ocurrió entre los fetos e infantes de un subgrupo de mujeres que tomaron el ácido fólico más del 80% del tiempo. (Beerli y col., 1990).

ANEXO 1

REACCIONES COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL

DE LA MUJER ANTE EL EMBARAZO

ANEXO 3

FLUJO DE ATENCIÓN PRENATAL

Fuente:

ANEXO 4

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

ANEXO 5

VALORES DE LA ALTURA UTERINA

SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN

ANEXO 6

TAREAS MATERNAS, PREOCUPACIONES

Y SIGNOS DE CONFLICTO

TAREAS	PREOCUPACIONES	CONFLICTOS

I TRIMESTRE		
<p>Aceptar su embarazo.</p>	<p>Normalidad de los síntomas, futuros cambios en el estilo de vida.</p>	<p>Molestias exageradas, como náuseas o insomnio.</p>
<p>Comenzar a trabajar sobre los conflictos con su propia madre.</p>	<p>Cambios en la relación de pareja.</p>	<p>Necesidad excesiva de reafirmar que ella está embarazada.</p>
<p>Comenzar a desarrollar su propio rol materno.</p>	<p>Costos de la asistencia, cómo manejarlo.</p>	<p>Enfado, rechazo respecto a la idea de embarazo.</p>
<p>Valorar y aceptar su embarazo.</p>	<p>Normalidad de la ambivalencia.</p>	<p>Depresión, llanto, cambios de humor extremos.</p> <p>Distanciamiento de la pareja sexual.</p>
II TRIMESTRE		

<p>Relacionar al feto con una realidad (somatización fetal).</p>	<p>Ingesta nutricional.</p> <p>Cambios en la imagen corporal.</p>	<p>Falta de aceptación del embarazo.</p> <p>Depresión, enfado, ansiedad mantenidos.</p>
<p>Controlar los cambios en relación con la transición desde su papel de hija a su papel como madre.</p>	<p>Cambios en el estilo de vida, necesidades sexuales.</p> <p>Progresión del desarrollo fetal.</p>	<p>Numerosas quejas físicas, focalizadas en sus propias preocupaciones.</p>
<p>Continuar trabajando sus conflictos con sus padres.</p>	<p>Vigilancia de signos de problemas.</p>	<p>Señales de la ausencia de apoyo familiar.</p>
<p>Utilizar la mímica, el juego de adopción de papeles y la fantasía para autoayudarse a asumir el papel de madre.</p>		<p>Señales de incapacidad para planificación futura.</p>

III TRIMESTRE

<p>Contemplar al feto como un ser individual separado que se prepara para el "allá va" a través del nacimiento.</p>	<p>Bienestar del recién nacido, factores que afectan al parto y nacimiento.</p> <p>Ansiedad debido a deformidades del bebé.</p>	<p>Alto nivel de ansiedad respecto a sí misma, parto.</p> <p>No aceptación mantenida del embarazo.</p>
<p>Aceptar los cambios físicos psicológicos.</p>	<p>Gastos.</p> <p>El proceso del parto y nacimiento.</p>	<p>Conducta que omite hábitos saludables.</p> <p>Ausencia de soporte familiar o del cónyuge.</p>
<p>Prepararse para el "ser padres".</p>	<p>Aceptación del recién nacido por otros niños.</p>	<p>Ausencia de preparación para o basado en las necesidades del recién nacido.</p>
<p>Prepararse para el parto y nacimiento y para aceptar el riesgo de "transición segura".</p>	<p>Incomodidades presentes.</p>	

ANEXO 7

DETECCIÓN DE SÍFILIS DURANTE EL EMBARAZO

ANEXO 8

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

ANEXO 9

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS

ANEXO 10

MANIOBRAS DE LEOPOLD¹

(1) Steven Gabbe, MD, JENNIFER Niebyl, MD, Joe Simpson, MD OBSTETRICIA, USA, 2004.

La maniobra de Leopold constituye un método sistemático de exploración del abdomen grávido descrito por primera vez por Leopold y Sporlin en el año 1894. Constituye un método seguro, bien tolerado y brinda información muy valiosa para el manejo del parto.

Maniobra de Leopold N° 1:

El útero gravado está ligeramente dextrorrotado o sea desviada a la derecha por la posición del colon sigmoides. Con la usuaria en posición supina y las rodillas flexionadas, se corrige la dextrorrotación del útero con el dorso de una mano y palpa el fondo del útero con la otra. La altura fúndica hace referencia a la medición en la línea media desde la sínfisis del pubis hasta la zona superior del fondo del útero, es una medida adecuada para estimar la edad del embarazo, pero tiene sus limitaciones por ejemplo en embarazos múltiples, en oligoamnios, en polihidramnios, en miomas uterinos, etc.

Maniobra de Leopold N° 2:

Se deslizan sus manos hacia abajo del abdomen fetal a cada lado del feto para definir la situación fetal, y se usa sus dedos para localizar la columna fetal y las partes pequeñas (extremidades). Las partes fetales se identifican a partir de la semana 25 ó 26 de gestación. Si se detectan movimientos fetales se deben anotar.

Maniobra de Leopold N° 3:

En esta maniobra se toman firmemente los polos superior e inferior del feto, se colocan los dedos sobre la sínfisis del pubis y sobre el fondo, así se podrá determinar las características de los dos polos fetales y documentar la presentación. Las nalgas del feto pueden ser mas grandes, mas blandas y menos definidas y pelotean menos que el cráneo, con esta maniobra se puede definir la cantidad de líquido amniótico y el tamaño fetal.

Maniobra de Leopold N° 4.

En esta maniobra el encargado(a) de realizarla mira hacia los pies de la usuaria y mueve sus manos bilateralmente desde las crestas iliacas antero-superiores para determinar si la presentación del feto está encajada en la pelvis materna. En una presentación cefálica la cabeza se clasifica como no encajada si las manos del explorador convergen por debajo de la cabeza fetal. Si se aprecia que las manos divergen al palpar la cabeza fetal por dentro de la pelvis, entonces la cabeza está encajada. Este procedimiento permite también valorar la actitud de la cabeza fetal (grado de flexión / extensión de la cabeza.)

En la gran mayoría de las embarazadas, la sola palpación abdominal será suficiente para determinar la situación, presentación y encajamiento del feto. Sin embargo, la palpación abdominal no puede valorar con exactitud la posición fetal o el plano.

Cuando el embarazo está a término, la estimación del tamaño fetal por el médico es, al menos, tan buena como las de exploraciones por ecografías.

ANEXO 11

TÉCNICA DE ROLL OVER TEST²

(2) Marshall, G. W. et. al. (1977) The Roll Over Test. Am. J. Gynecol. 127 (623).

Prueba De Gant³

(3) Gant, N. F. Et al. (1974). A clinical test useful for predicting the development of acute hypertension of pregnancy. Am. Journal of Obstet. Gynecol. 120: (1)

Consiste en tomar la presión arterial a la embarazada después de la 20ª semana de embarazo en decúbito lateral izquierdo (15 minutos) y luego por cinco minutos decúbito dorsal. La prueba es positiva si aumenta en 20 mm de Hg en la presión diastólica, en relación al valor obtenido en decúbito lateral izquierdo. De ser positiva se realiza control de presión arterial cada semana y de orina cada mes, así como de presencia de signos hipertensivos.

ANEXO 2

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

ANEXO 13

CUIDADO PERSONAL PARA MALESTARES

COMUNES EN EL EMBARAZO

PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Malestar	Factores que influyen	Medidas para el cuidado personal
<p>Nauseas con o sin vómito</p>	<p>Elevación hormonal, disminución de la movilidad gástrica, factores emocionales. Por lo general no pasa de la semana 16.</p>	<p>No tener el estómago vacío, comer galletas saladas secas o pan tostado ½ 0 1 hora antes de levantarse.</p> <p>Realizar comidas frecuentes y frugales.</p> <p>Beber líquidos entre comidas.</p> <p>Evitar alimentos grasos, olorosos, condimentados</p>

		o que producen gases. Incrementar la vitamina B6
Frecuencia urinaria	Presión del útero en crecimiento sobre la vejiga en el 1er y 3er trimestre. La progesterona relaja los músculos lisos de la vejiga	Orinar cuando sienta la necesidad. Incrementar el consumo de los líquidos durante el día. Disminuir el consumo de líquidos al atardecer. Limitar el consumo de cafeína. Practicar ejercicios de Kegel.
Hipersensibilidad mamaria	Aumento del suministro vascular e hipertrofia del tejido mamario dado por estrógeno y la progesterona. Da sensación de hormigueo y plenitud	Utilizar sostén de apoyo para aliviar la sensación de hormigueo. No aplicar jabón a los pezones para evitar la formación de grietas.
Secreciones vaginales	Aumento en la producción de	Tomar un baño de tina o ducha

	<p>moco por las glándulas endocervicales en respuesta al aumento de los estrógenos</p> <p>El incremento del suministro de sangre a la región pélvica ocasiona secreciones vaginales blanquecinas y viscosas.</p>	<p>diariamente, usar ropa interior de algodón, evitar la ropa interior ajustadas, mantener la región perineal limpia y seca, no realizarse duchas vaginales ni usar tampones, consultar con su médico en caso necesario.</p>
--	--	--

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Malestar	Factores que influyen	Medidas para el cuidado personal
Acidez	El aumento en la producción de progesterona hace que se relaje el esfínter esofágico.	Mantenerse en posición sedente durante 30 minutos después de comer. Evitar alimentos grasosos, que no produzcan gases, no comer en exceso. Usar

	<p>La regurgitación o flujo retrógrado de los contenidos gástricos hacia el esófago produce sensación urente por detrás del esternón, así como eructos y sabor amargo en la boca.</p>	<p>antiácidos bajos en sodio, no usar Alka-Selzer.</p>
<p>Estreñimiento</p> <p>Flatulencia</p>	<p>El aumento en la producción de progesterona hace más lento los movimientos intestinales y aumenta la absorción de agua, existe presión del útero sobre el intestino, dieta, falta de ejercicio y poco consumo de líquidos.</p> <p>Los complementos de hierro contribuye al endurecimiento de las heces.</p>	<p>Aumentar el consumo de líquidos, hacer ejercicio pues estimula la peristalsis, programar horarios para vaciar el intestino, limitar el consumo de queso pues tiende a producir estreñimiento.</p> <p>No tomar aceite mineral ni aplicarse enemas, y consultar con el médico en caso necesario.</p>

<p>Venas varicosas</p>	<p>Relajación del músculo liso de las paredes de las venas a causa de la elevación de la progesterona.</p> <p>La presión del útero en crecimiento ejerce presión en las venas, que da lugar a varices en la vulva, el recto y las piernas.</p>	<p>Evitar estar de pie o sentada por mucho tiempo, así como prendas de vestir ajustadas y pujar durante los movimientos intestinales.</p> <p>Caminar con frecuencia</p> <p>Reposar con las piernas en alto.</p> <p>Utilizar medias de soporte y evitar calcetas ajustadas a la rodilla, practicar ejercicio y los procesos inflamatorios por hemorroides se alivia con baños de asiento tibios, aplicación local de compresas astringentes o de ungüento analgésico.</p>
<p>Disnea</p>	<p>En las fases tardías del</p>	<p>Dormir con varias</p>

	embarazo, el útero se eleva hacia el abdomen y ejerce presión sobre el diafragma	almohadas bajo la cabeza, hacer respiraciones profundas antes de dormir, adoptar postura adecuada al sentarse o estar de pie. Evitar esfuerzos agotadores
Malestar	Factores que influyen	Medidas para el cuidado personal
Debilidad y mareos	Inestabilidad vasomotora o hipotensión por postura, mantenerse de pie durante mucho tiempo con estasis venosa en las extremidades inferiores.	Evitar cambios súbitos de postura, estar de pie mucho tiempo, evitar aglomeraciones, moverse con lentitud, evitar la hipoglucemia. Ingerir cuatro o cinco comidas parcas al día. Recostarse sobre el lado izquierdo para evitar la hipotensión supina. Si la situación no se resuelve, consultar con el

		médico
Edemas de pies y tobillos	Congestión circulatoria de las extremidades inferiores. El edema persistente puede indicar hipertensión inducida por el embarazo y debe notificarse al especialista.	Tener las piernas en alto al estar sentada, aumentar los periodos de reposo, evitar las prendas de vestir ajustadas y estar sentada de pie por mucho tiempo.
Calambres en las piernas	La presión del útero sobre los vasos sanguíneos interfiere con la circulación de las piernas y causa tensión y fatiga muscular. Desequilibrio en la proporción entre el calcio y fósforo.	Flexionar el pie y extender la pierna, ejerciendo presión hacia abajo sobre la rodilla o pararse con los pies totalmente asentados sobre el piso cuando ocurre un calambre. Valorar la dieta y el consumo de calcio.
Dolor del ligamento redondo	El útero en crecimiento estira los ligamentos	Evitar los movimientos inestables y rápidos.

	<p>abdominales, lo cual produce dolor en la parte baja del abdomen después de movimientos repentinos.</p>	<p>Utilizar una almohada como apoyo para el abdomen.</p> <p>Utilizar la mecánica corporal adecuadamente.</p>
Cefalea	<p>El aumento del volumen de sangre circulante y la frecuencia cardiaca dilatan y distienden los vasos cerebrales.</p> <p>Tensión y fatiga</p>	<p>Obtener apoyo emocional, practicar ejercicios de relajación</p> <p>Comer regularmente.</p> <p>Si la cefalea continua, consultar con el médico</p>
Fatiga	<p>En I primera etapa del embarazo ocurren muchos cambios hormonales e hipoglucemia periódica, ya</p>	<p>Intentar dormir de 6 a 8 horas, tomar siestas durante el día. Intentar cambios de ambiente, realizar técnicas de relajamiento</p>

	que el embrión utiliza glucosa para crecer rápidamente.	o de meditación
Hemorroides	<p>Várices del recto a causa del agrandamiento vascular de la pelvis, tensión por estreñimiento y descenso de la cabeza fetal a la pelvis.</p> <p>Las hemorroides suelen desaparecer después del parto, o cuando se alivia la presión.</p>	<p>Utilizar ungüento anestésico, o aplicarse supositorios rectales, tomar baños de asiento, incrementar el consumo de fibra en la dieta, evitar el estreñimiento, establecer horarios para vaciar el intestino.</p>
Dolor lumbar	<p>Resultado de la adaptación de la columna a cambios de postura conforme crece el útero.</p> <p>El crecimiento del útero altera el centro de gravedad y</p>	<p>Mantener postura correcta con cabeza y hombros erguidos.</p> <p>No exagerar la curva lumbar.</p>

	<p>produce lordosis (exageración de la curva lumbo-sacra) y tensión muscular.</p>	<p>Usar zapatos de tacón bajo para mantener la postura.</p> <p>Reposar, la aplicación de calor local puede ser útil.</p> <p>Practicar ejercicios como sentarse en el piso con las piernas cruzadas y mecer la pelvis.</p>
--	---	---

ANEXO 13

PREGUNTAS INICIALES PARA CONOCER LA SITUACIÓN RESPECTO AL EMBARAZO



PREGUNTAS

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LOS PROYECTOS

APOYO DISPONIBLE

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta localidad?

Una pareja aislada necesitará aliento para buscar apoyo.

¿Sistemas de apoyo en la localidad?

Las consultas deben tenerse en cuenta. La exploración con la familia acerca de los recursos es importante.

¿Quién está disponible para ayudar a los hermanos o durante el período de posparto temprano?

Un componente importante de las clases paternales es fomentar que se compartan esos temas.

¿Qué apoyo emocional es accesible a cada esposo?

¿Planes económicos para cubrir los costes del embarazo?

La localidad y el tipo de servicio médico influyen sobre las consultas disponibles.

¿Cuáles son las necesidades de ayuda?

<p>¿Hay necesidades que mantendrán a la mujer trabajando durante todo el embarazo?</p>	<p>Trabajar puede ser beneficioso o nocivo, según el estado de riesgo.</p>
--	--

REACCIÓN ANTE EL EMBARAZO

<p>¿Cuáles son los problemas más inmediatos de quedar embarazada en este momento?</p>	<p>La ambivalencia sobre el embarazo es normal en los primeros meses, pero puede ser un indicio de conflicto si persiste todavía hacia el final del embarazo.</p>
<p>¿Qué perturbaciones introduce en los objetivos de la vida?</p>	
<p>¿Cuál es el sentido de "éste es el momento correcto"?</p>	<p>Las reacciones del marido necesitan ser estimuladas. Su asistencia a una visita prenatal y a las clases paternales es sumamente recomendable.</p>
<p>¿Cuáles son las reacciones de otros miembros de la familia al embarazo?</p>	
<p>¿Son fuertes los deseos de tener sólo un hijo o hija?</p>	<p>Las madres solteras precisan apoyo adicional e igualmente las que están en ambientes</p>

<p>¿Ha tenido lugar una exploración sobre la aceptación de uno u otro de los sexos en el hijo?</p>	<p>hostiles.</p> <p>La obsesión por el sexo del lactante puede entorpecer la vinculación afectiva después del nacimiento; es importante alguna oportunidad de hablar sobre este aspecto.</p>
--	--

CURSO

<p>¿Qué necesidades de información tienen los futuros padres?</p>	<p>La entrega de información debe ir precedida de una determinación de lo que la persona ya conoce.</p>
<p>¿Crecimiento y desarrollo fetales?</p>	
<p>¿Vida sexual durante el embarazo?</p>	<p>Los temores no se descubren fácilmente.</p>
<p>¿Cuidados de la mujer para promover la salud?</p>	<p>Hablar sobre equivocaciones corrientes que han tenido otras madres puede alertar a una persona para reconocer sus propios temores.</p>
<p>¿Otras cuestiones?</p>	

<p>¿Qué proyectos o temores existen ante el embarazo?</p>	<p>Las mujeres miedosas precisan una ayuda especial y tal vez algunas discusiones en grupo antes de que puedan admitir abiertamente los temores.</p>
<p>¿Qué preguntas hay que hacer al médico (anestesia, tipo de parto)?</p>	
<p>¿Qué temores pueden identificarse?</p>	<p>Alertar la asistencia cuando sea posible si las clases sirven de ayuda.</p>
<p>¿Cómo creen que la información puede ayudar?</p>	<p>Proporcionar varias opciones para enfoques y necesidades diferentes.</p>
<p>¿Qué interés se ha manifestado en las clases paternas?</p>	

ANEXO 15

TAREAS MATERNAS, PREOCUPACIONES

Y SIGNOS DE CONFLICTO

TAREAS	PREOCUPACIONES	CONFLICTOS
I TRIMESTRE		
<p>Aceptar su embarazo.</p> <p>Comenzar a trabajar sobre los conflictos con su propia madre.</p> <p>Comenzar a desarrollar su propio rol materno.</p> <p>Valorar y aceptar su embarazo.</p>	<p>Normalidad de los síntomas, futuros cambios en el estilo de vida.</p> <p>Cambios en la relación de pareja.</p> <p>Costos de la asistencia, cómo manejarlo.</p> <p>Normalidad de la ambivalencia.</p>	<p>Molestias exageradas, como náuseas o insomnio.</p> <p>Necesidad excesiva de reafirmar que ella está embarazada.</p> <p>Enfado, rechazo respecto a la idea de embarazo.</p> <p>Depresión, llanto, cambios de humor extremos.</p> <p>Distanciamiento de la pareja sexual.</p>

II TRIMESTRE		
<p>Relacionar al feto con una realidad (somatización fetal).</p> <p>Controlar los cambios en relación con la transición desde su papel de hija a su papel como madre.</p> <p>Continuar trabajando sus conflictos con sus padres.</p> <p>Utilizar la mímica, el juego de adopción de papeles y la fantasía para autoayudarse a asumir el papel de madre.</p>	<p>Ingesta nutricional.</p> <p>Cambios en la imagen corporal.</p> <p>Cambios en el estilo de vida, necesidades sexuales.</p> <p>Progresión del desarrollo fetal.</p> <p>Vigilancia de signos de problemas.</p>	<p>Falta de aceptación del embarazo.</p> <p>Depresión, enfado, ansiedad mantenidos.</p> <p>Numerosas quejas físicas, focalizadas en sus propias preocupaciones.</p> <p>Señales de la ausencia de apoyo familiar.</p> <p>Señales de incapacidad para planificación futura.</p>
III TRIMESTRE		

<p>Contemplar al feto como un ser individual separado que se prepara para el "allá va" a través del nacimiento.</p>	<p>Bienestar del recién nacido, factores que afectan al parto y nacimiento.</p> <p>Ansiedad debido a deformidades del bebé.</p>	<p>Alto nivel de ansiedad respecto a sí misma, parto.</p> <p>No aceptación mantenida del embarazo.</p>
<p>Aceptar los cambios físicos psicológicos.</p>	<p>Gastos.</p>	<p>Conducta que omite hábitos saludables.</p>
<p>Prepararse para el "ser padres".</p>	<p>El proceso del parto y nacimiento.</p> <p>Aceptación del recién nacido por otros niños.</p>	<p>Ausencia de soporte familiar o del cónyuge.</p>
<p>Prepararse para el parto y nacimiento y para aceptar el riesgo de "transición segura".</p>	<p>Incomodidades presentes.</p>	<p>Ausencia de preparación para o basado en las necesidades del recién nacido.</p>

ANEXO 16

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cobertura: Porcentaje de mujeres embarazadas captadas en el primer trimestre de la gestación, del total de mujeres embarazadas esperadas.

Concentración: Número de controles prenatales durante su periodo de gestación.

Rendimiento: Número de mujeres embarazadas vistas durante una hora por un profesional.

Edad gestacional: Consiste en el cálculo del embarazo desde el primer día de la fecha última menstruación, hasta el nacimiento, se expresa en semanas y días completos.

Captación temprana: Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal durante las primeras trece semanas de la gestación.

Captación tardía: Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal durante el tercer trimestre de la gestación.

Embarazo normal: Constituye un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y concluye con el parto y nacimiento del producto a término.

Parto de término: de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Parto de pretérmino: Consiste en la expulsión del producto entre las 22 y menos de 37 semanas de gestación del organismo materno.

Parto de postérmino: Consiste en la expulsión del producto de 42 semanas o más de gestación.

Aborto: Consiste en la expulsión del producto de la concepción con menos de 500 grs. de peso o hasta las 20 semanas de gestación.

Emergencia obstétrica: Situación que implica complicación que pone en riesgo la morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

Embarazo de bajo riesgo: Es el embarazo en cual no se ha identificado ningún factor de riesgo.

Embarazo alto riesgo: Certeza o probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que incrementa los riesgos de la salud de la madre o del feto o por condiciones socioeconómicas deficientes.

Factor Riesgo Perinatal: Son características que presentan una relación significativa con un determinado daño.

Enfoque de Riesgo: Constituye la medición de la probabilidad del riesgo

Riesgo: Probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir un daño.

Calidad de la atención: Se considera una serie de actividades relacionadas al prestador de los servicios de salud relacionados con el usuario que incluye: oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad, integralidad y trato humano.

Calidez de la atención: Constituye el aplicar un trato cordial, atento, información veraz, trato personalizado, respeto a la cultura de la persona usuaria.

Período perinatal: Comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y termina siete días completos después del nacimiento.

Período neonatal: Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Se subdivide en: neonatal precoz (antes de los siete días), neonatal tardía <<8 después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida. La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero en días) se debe registrar en minutos.

Nacimiento vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Peso al nacer: Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento.

Peso bajo al nacer: Menos de 2500 g. (hasta 2499 g. Inclusive).

Peso muy bajo al nacer: Menos de 1500 g. (hasta 1499 g. Inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer: Menos de 1000 g. (hasta 999 g. Inclusive).

Causas de defunción: Se deben registrar en el certificado médico de causa de defunción todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o la violencia que produjeron dichas lesiones.

Causa básica de defunción: Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Muerte materna: Es aquella que ocurre mientras la mujer se encuentra embarazada o dentro de los 42 días posparto, independiente de la duración, lugar del embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.

Defunción obstétrica directa: Son las que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Defunción fetal (feto mortinato): Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

ANEXO N° 17

SIGLAS UTILIZADAS

ASIS

COLAMI Comisiones locales de atención Materno Infantil

CHAMI Comisiones hospitalarias Materno Infantil

REDES Registros Médicos

AE Auxiliar de enfermería

ATAP Técnico asistente Atención Primaria

EBAIS Equipos básicos de atención en salud

PAP Papanicolau

TD Toxide tetánico

CLAP Centro Latinoamericano de Perinatología

CMS Centímetros

FUR Fecha última regla

FPP Fecha probable de parto

HTO Hematocrito

HB	Hemoglobina
VDRL	Reactivo de laboratorio para enfermedades venéreas
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia adquirida
HIV	Virus Inmunodeficiencia
KG	Kilogramos
RCIU	Restricción de crecimiento intrauterino
HG	Mercurio
MM	Milímetros
Rh	Homminis Rhesus
ML	Mililitros
MCG	Concentración medio globular

[Ficha articulo](#)

Fecha de generación: 21/06/2017 08:43:57 a.m.

[Ir al principio del documento](#)